

## REFERENCES

1. Laursen, Lise H., Hansen, Henrik L. and Jensen, Olaf C. Fatal occupational accidents in Danish fishing vessels 1989-2005 // International Journal of Injury Control and Safety Promotion.- 2008.- Vol.15, N 2.- P. 109 -117.
2. Ballesteros S, Ramón MF, Vega P, Cabrera R, Martínez-Arrieta R. Intoxicaciones en el sector marítimo registradas por el servicio de Información Toxicológica (1995-2000) // Med Marit.- 2001.- Vol. 2, N2.- P. 95-102.
3. Nogué S, Sanz P, García G, Nomdedeu M. Encefalopatía anóxica irreversible por sulfuro de hidrógeno, en un transportista de residuos industriales en el puerto de Barcelona // Med Marit. – 2001.- Vol. 2, N 2.- P. 103-106.
4. Antó JM, Sunyer J, Rodríguez-Roisí R et al. Community outbreaks of asthma associated with inhalation of soybean dust // N Engl J Med. – 1989.- Vol. 320.- P. 1097–1102.
5. Rovira E, Cuadras A, Gaig P, Gázquez V, Dalmau G, Gómez-Olle S, Cruz MJ. // Gac Sanit.- 2010.- Vol. 24, N 2. P. 109–114.
6. Sanz-Gallén P, Nogué Xarau S, Canals Pol.lina ML. Gases Tóxicos // Med Marit – 2001.- Vol. 2, N 2. P. 111-122.
7. Gill JR, Ely SF, Hua Z. Environmental Gas Displacement: Three accidental deaths in the workplace // Am J Forensic Med Pathol - 2002.- Vol. 23.- P. 26-30.
8. Testud F. Dioxyde de carbone. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pathologie professionnelle et de l'environnement. -2010, 16-048-B-15.
9. Ferreira MS, Borges AE. Histoplasmosis: Revista do Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. – 2009.- Vol. 42.- P. 192 - 198.
10. Kauffmann CA. Histoplasmosis: a Clinical and Laboratory Update // Clinical Microbiology Reviews.- 2007.- Vol. 20. – P. 115 - 132.

УДК 616.721.7-001-009.7-085

*М. А. Сайед, Аль Рашед Мухаммад*

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Одесский государственный медицинский университет

**Реферат.** М. А. Сайед, Аль Рашед Мухаммад. ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ. Спондилолистез – одна из наиболее сложных проблем современной вертебрологии. Благодаря современным способам диагностики удастся выявить динамику развития этой патологии на самых ранних этапах и разработать комплекс лечебно-профилактических мер, способствующих дальнейшему развитию и прогрессированию спондилолистеза.

**Ключевые слова:** спондилез, спондилолистез дегенеративный, поясничный отдел позвоночника, санаторно-курортное лечение.

**Реферат.** М. А. Сайед, Аль Рашед Мухаммад ЛІКУВАННЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛІСТЕЗУ ПОПЕРЕЧНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ. Спонділолістез – одна з найскладніших проблем в сучасній вертебрології. Завдяки найсучаснішим засобам діагностики вдається виявити динаміку розвитку цієї патології на ранніх етапах і розробити комплекс профілактичних і лікувальних заходів для запобігання подальшому розвитку і прогресування спонділолістезу.

**Ключові слова:** спондилез, спондилолістез дегенеративний, поперековий відділ хребта, санаторно-курортне лікування.

**Summary.** M. A. Saied, Al Rashed Mukhammad THE TREATMENT OF DEGENERATIVE SPONDILOLISTESIS OF LUMBAR PART OF SPINE AT SANATORIUM. Spondilolistesis is one of the most thorny problems in modern vertebrology. Due to the up-to-date diagnostic facilities it is possible to reveal the dynamics of development of these pathologies on the early stages and design the complex of prophylactic and medical measures for prevention of their further development.

**Keywords:** spondilolistesis degenerative, lumbar part of the spine, treatment under the conditions of sanatorium and resort.

**Введение.** Среди болевых синдромов боль в пояснице занимает лидирующее положение. Как и любая боль, временной аспект болей в спине включает: транзиторную боль — состояние, когда боль исчезает раньше, чем завершается вызвавший ее патологический процесс, что в большинстве случаев не требует активного медицинского вмешательства; острую боль, когда эти два состояния совпадают, и хроническую боль — боль, продолжающуюся после периода окончания патологических изменений. Острые боли в спине той или иной интенсивности отмечаются у 80-100% населения. У 20% взрослых наблюдаются периодические, рецидивирующие боли в спине длительностью 3 дня и более. Установлено, что давление между межпозвоночными дисками увеличивается на 200% при изменении положения тела от лежачего положения к вертикальному и на 400% при сидении в удобном кресле. Большому риску возникновения болей в спине в возрасте от 25 до 49 лет подвержены люди связанные с управлением машинами, динамическим физическим трудом (плотники-строители) и офисные работники. Анализ некоторых социальных, индивидуальных и профессиональных факторов показал, что существует связь между болями в спине, уровнем образования, недостатком физической активности, интенсивностью курения и частотой наклонов и подъемов тяжестей во время работы. Одной из причин, вызывающих эти боли является спондилолістез, занимающий одно из первых мест как по частоте, так и по прогрессированию неврологических осложнений, осложняющих лечение данного заболевания [7,8]. На базе кафедры травматологии и ортопедии ОГМУ была проведена большая научно-исследовательская работа по изучению особенностей данного заболевания, в результате чего в 1986 году В.Ф. Венгером была защищена докторская диссертация на тему: «Прогнозирование, течение и лечение спондилеза — спондилолістеза поясничного отдела позвоночника».

Вопросы построения стратегии и тактики лечения спондилолістеза в клинической практике решаются согласно рекомендаций Wiltse L.L. и Jackson D.W. [1], Корж А.А. [2], Продана А.И. [3,5], Хвсюка Н.И.[4], Куценко В.А. [5] которые были опубликованы на протяжении 30 лет.

**Цель работы** - на основе созданной нами компьютерной программы улучшить существующие методы диагностики и лечения спондилолістеза и разработать меры, препятствующие прогрессированию уже развившейся патологии.

**Материалы и методы.** Объектом нашего исследования послужили 168 больных с различными патологиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Возраст пациентов варьировался в пределах 22 — 70 лет. Преобладали лица женского пола (58%). По возрасту все обследованные были распределены следующим образом: 25-35 лет — 9,3%; 35 – 45 лет — 12,4%; 45 – 55 лет — 22,48%; 55 – 65 лет — 24,81%; 65 – 75 лет — 32,56%. Все больные были подвергнуты клиническому и рентгенологическому обследованию с заполнением клинической карты, которая впоследствии использовалась для создания компьютерной программы. Использовались следующие методы обследования:

- рентгенологические;
- компьютерная томография;
- мультиспиральная компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография;

#### **Результаты и их обсуждение**

Спондилолистез известен специалистам, занимающимся проблемами патологии позвоночника, более 250 лет. Тем не менее, до настоящего времени вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения передних смещений поясничных позвонков не утратили актуальность. Это связано со значительной частотой встречаемости патологии (2-4% населения), разнообразием клинических проявлений и отсутствием четкой схемы лечебных мероприятий. Большинство современных классификаций спондилолистеза основано на этиологическом принципе. Так, Международная классификация предусматривает 5 видов спондилолистеза: диспластический, истмический, дегенеративный, травматический и патологический. Такое разнообразие этиологических факторов, вероятно, не могут быть основой единого заболевания. Поэтому спондилолистез более обосновано следует рассматривать как группу патологических состояний, ведущим клинко-рентгенологическим синдромом которых является переднее смещение поясничных позвонков без нарушения конгруэнтности суставных поверхностей [6]. Анализ полученных данных базировался на классификации Wiltse L.L. (1976) в модификации Н.И. Хвисяюка (1986), в соответствии с которой выделяют 5 типов спондилолистеза. Кроме того, каждый тип делится на два подтипа: спондилолизный спондилолистез и спондилолистез без спондилолиза (с элонгацией дуги и другими вариантами ее ремоделирования).

В спондилолизном подтипе выделяют вариант без смещения позвонка (спондилолистеза), причем диспластический, дегенеративный, травматический, патологический или ятрогенный спондилолиз без спондилолистеза может быть определен как преспондилолистез. Всего, таким образом, возможны три подтипа в каждом из типов спондилолистеза.

В каждом из подтипов выделяют стабильную и нестабильную формы, а каждая форма делится на стенозирующий и нестенозирующий виды. Наконец, в каждом из типов, подтипов, форм и видов спондилолистеза выделяют прогрессирующий и непрогрессирующий варианты.

Из 168 обследованных нами пациентов существенные изменения обнаружены у 82 пациентов. Так, диспластический спондилолистез выявлен у 11 больных, дегенеративный — у 68, травматический (различной степени тяжести)— у 7.

Исследование клинического статуса во многих случаях выявляло различные степени расстройства функций поясничного отдела позвоночника обусловленные спондилезом, стенозом и спондилолистезом (Рис. 1 - 3).

Из 68 пациентов у 54 были выявлены изменения в дугоотростчатых суставах по типу спондилеза. Благодаря использованию мультиспиральной компьютерной томографии удалось диагностировать спондилолистез на начальных стадиях, что позволило своевременно определить тактику и стратегию лечения с учетом вида спондилолистеза и провести профилактику прогрессирования заболевания. В нашу группу входили пациенты, не нуждающиеся в хирургическом, а поддающиеся консервативному лечению. Каждому пациенту был проведен индивидуальный курс лечения, включающий профилактические и реабилитационные мероприятия, комплекс гимнастических упражнений, направленных на укрепление мышечного корсета и общей динамики, грязелечение (на курорте Куяльник, по назначению), медикаментозное лечение, ношение индивидуального корсета для фиксации поясничного отдела позвоночника.

В результате проведенного лечения у 72% больных отмечалось улучшение за 15 дней, что выражалось в уменьшение боли в поясничном отделе, уменьшение неврологических расстройств, нормализация функций и тонуса мышц, улучшение функций тазовых органов. К концу курса лечения, длительность которого составляла от 15 до 21 дня, у всех пациентов отмечали уменьшение боли, поясничного лордоза, укрепление мышц живота, спины и нижних конечностей.



a)



b)



c)



d)

Рис. 1. На рисунке представлены ЯМР (MRI) диагностика, до лечения наблюдался спондилез на уровне L3-L4, стеноз на уровнях L3-S1, остеохондроз поясничного отдела позвоночника:

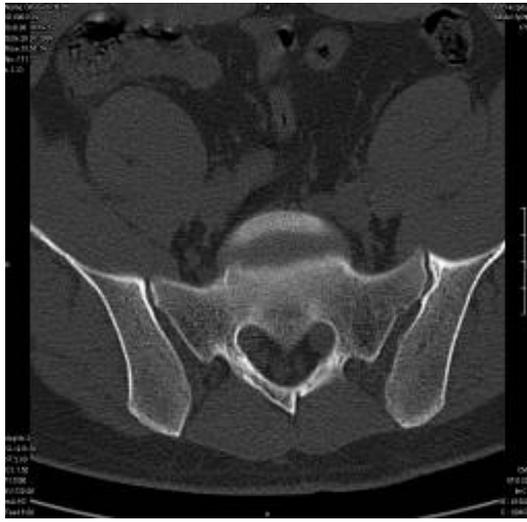
- a) больной А 2008 год; b) больной А через 6 месяцев;
- c) больной Б 2008 год; d) больной Б через 6 месяцев.



a)

b)





c)

d)

Рис. 2. На рисунке представлены МКТ диагностика, до лечения наблюдался спондилез на уровне L5-S1:

a), c) больной А 2008 год;

b), d) больной А через 6 месяцев



a)



b)



c)

d)

Рис. 3. На рисунке представлены МКТ диагностика, до лечения наблюдался спондилез на уровне L5-S1, дегенеративный спондилолистез I степени:

- a), c) больной Б 2008 год;  
 b), d) больной Б через 6 месяцев.

Впоследствии, с целью мониторингования состояния пациентов, всем больным проводили обследование раз в 6 месяцев. У большинства (86%) полученный после консервативного лечения результат был стойко удовлетворительным, состояние дугоотросчатых суставов не ухудшилось, повторное воспаление не отмечалось.

С целью предотвращения прогрессирования дегенеративного спондилолистеза мы повторяли курс лечения на базе специализированного санатория-профилактория каждые 4-5 месяцев. Общий срок наблюдения составил 1- 3 года. При соблюдении этой схемы удается предотвратить прогрессирование спондилолистеза и уменьшить количество больных, нуждающихся в оперативном лечении до минимума.

#### **Выводы**

1. Ранняя диагностика заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, предупреждающих прогрессирование спондилолистеза.
2. Наиболее эффективные результаты лечения получены у группы больных, у которых был проведен курс лечения в санаторно - курортных условиях.
3. Мультиспиральная компьютерная томография и NMR позволяют изучить динамику изменения дугоотросчатых суставов и предпринять ранние меры для уменьшения количества дегенеративных форм спондилолистеза.

4. При своевременно начатом консервативном лечении возможно получение положительного эффекта у большинства пациентов с дегенеративным спондилолистезом, а также предотвращение его прогрессирования.

#### *Литература*

1. Wiltse L. L., Jackson D. W. // Clin. Orthop. Rel. Res. – 1976. – Vol. 117. – P. 23-29.
2. Корж А. А. Открытое вправление позвонков со спондилодезом при спондилолистезах / Корж А. А., Хвисюк Н. И. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1972. – № 6. – С. 21—25.
3. Продан А. И., Радченко В. А., Корж Н. А. Дегенеративні захворювання позвоночника.- Харьков: ХМАПДОВ, 2007. – 194 с.
4. Хвисюк Н. И. Дегенеративный спондилолистез / Хвисюк Н. И., Чикунов А. С., Арсений А. К. – Кишинев: Картя Молдованяскэ, 1986.- 184 с.
5. Н. И. Хвисюк, А. Н. Полегаев. Некоторые аспекты диагностики и лечения спондилолистеза // Научно-практическая конференция с международным участием 11 апреля 2003, Харьковская медицинская академия последипломного образования. – Харьков, 2003.- С.111
6. Продан А. И. Дегенеративный спондилолистез: современные концепции этиологии и патогенеза / Продан А. И., Куценко В. А., Колесниченко В. А., Перепечай О. А. // Весник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 89-93.
7. Фищенко В. Я., Сайед Муксен. Сколіоз: Наукове видання. - Макіївка. - Видавець Бугасова С. Г., 2005. - 550 с.
8. Atlas S. J. Spinal stenosis: surgical versus non-surgical treatment / Atlas S. J. Delitto A // Clin Orthop Relat Res. – 2006. – V. 443. – P. 198-207
9. Benoist M. Natural history of the aging spine // Eur. Spine J. – 2003. – V. 12. – P. 123 -134

УДК 616.858-074:577.15

*Н. М. Бучакчийская, А. В. Куцак*

### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

Запорожская медицинская академия последипломного образования

**Реферат.** Н. М. Бучакчийская, А. В. Куцак КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА. Цель исследования- провести комплексное изучение динамики концентрационных значений нейрон-специфической энолазы (НСЭ) и их связи с немоторными проявлениями при болезни Паркинсона (БП), а также оценить их клинико-диагностическое и прогностическое значение у больных БП. Обследовали 64 больных с БП, из них 37 – мужчины, средний возраст  $65,84 \pm 1,59$  лет, средняя продолжительность заболевания  $7,2 \pm 0,6$  лет. Все больные получали базисную леводопотерапию. В исследовании принимали участие 8 больных с 1 стадией БП по шкале Hoehn and Yahr, со 2 стадией – 22, с 3 – 25 пациентов, с 4 – 9 человек.

---

© Н. М. Бучакчийская, А. В. Куцак

Дрожательная форма БП была у 6 пациентов, акинетико-ригидная форма – у 8, смешанная – у 50. Медленно-прогрессирующее течение болезни имело место у 11 человек, у 20 –